

社会福祉法人北星会 入所施設申込書

フリガナ		性別	男 / 女	生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日 (歳)
本人氏名					
本人住所	(〒 -) (TEL)				
要介護度	<input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5 <input type="checkbox"/> 申請中				
認定の有効期限	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日				
現在の状況	<input type="checkbox"/> 自宅で介護サービスを利用している。				
	<input type="checkbox"/> 施設(病院)に入所(院)中 【施設(病院)名 _____】				
担当ケアマネジャー	【事業所名】		【氏名】		【電話番号】
かかりつけの医療機関					
申込施設	<input type="checkbox"/> 特別養護老人ホーム与謝の園(与謝野町) <input type="checkbox"/> 北星会以外の施設 <input type="checkbox"/> 特別養護老人ホーム天橋の郷(宮津市) ()				
※北星会法人内施設(与謝の園・天橋の郷)すべてをご希望される場合、本申込書により受付担当者から各施設へ申し込み手続きをいたします。					

フリガナ		性別	男 / 女	生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日 (歳)
申込者氏名					
申込者住所	(〒 -) (TEL)				
本人との関係	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居				
	<input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> 子の配偶者 <input type="checkbox"/> 兄弟姉妹 <input type="checkbox"/> その他()				

※申込者と主たる介護者が同一の場合は、記入不要。

フリガナ		性別	男 / 女	生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日 (歳)
主たる介護者氏名					
住所	(〒 -) (TEL)				
本人との関係	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居				
	<input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> 子の配偶者 <input type="checkbox"/> 兄弟姉妹 <input type="checkbox"/> その他()				

【入所申込み理由】(困っていることなど)

介護保険法に基づき要介護認定を受けましたので、この入所申込書により入所希望します。また次の項目について同意します。

- ・入所希望者の状況について、申し込み施設から担当ケアマネジャー並びに市町村担当課に照会すること。
- ・入所待機中に本申し込み施設以外の施設に入所が決定した場合、また要介護度や連絡先、介護の状況について変更があった場合は、速やかに申し込み施設に連絡すること。
- ・入所施設申込書の有効期限は申込日から2年間とし、以降は再申込みすること。(再申込みなければ破棄する)

令和 年 月 日

本人氏名 _____ 印

※注：施設記入欄

受付日	令和 年 月 日	受付番号	
受付施設			
辞退・削除等	令和 年 月 日	事由	